

MODULO DI SEGNALAZIONE

Da inviare al Responsabile Safeguarding della **GDM VAL DI CEMBRA**

Nominativo: *Teresa Tonelli*

E-mail: *info@gdmvaldicembra.it*

Telefono:

| | |
|---|---|
| DATI DEL SEGNALANTE | |
| Nome | Cognome: |
| ASD: | Ruolo: |
| Telefono: | E-mail: |
| Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (se diverso dal segnalante) | |
| Nome | Cognome: |
| Data di nascita (se nota) | Ruolo: |
| Origine etnica (se nota) | Persona con disabilità (se noto): |
| Sesso: | |
| Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale: | |
| Recapito (se noto) | |
| Telefono (se noto) | E-mail (se nota) |
| Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| Si sta segnalando un fatto a cui si è assistito personalmente o di cui si ha avuto percezione diretta o quanto riferito da un'altra persona? | |
| <input type="checkbox"/> fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente | |
| <input type="checkbox"/> fatto riferito da un'altra persona | |
| Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare: | |
| Nome e cognome della persona che ha riferito: | |
| Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: | |
| Recapito telefonico o mail: | |

Data, ora e luogo del fatto riportato:
.....
.....
.....

Dettagli del fatto o dell'episodio che desta preoccupazione. Si prega di includere altre informazioni rilevanti, come la descrizione di eventuali infortuni occorsi e se si sta riportando questo incidente come fatto realmente avvenuto, opinione, supposizione o per sentito dire)

Fornire la testimonianza o il racconto del fatto di chi ha subito l'abuso o la molestia (se noto)

Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente

Indicare i dati del/dei testimone/i

Nome e cognome:
.....
Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso:
.....
Data di nascita (se nota):
Indirizzo completo (se noto):
.....
Recapito telefonico:
.....
E-mail:
.....
.....

Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il fatto o provocato eventuali lesioni

| | | |
|---|----------|-------------|
| Nome | e | cognome: |
| | | |
| Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: | | |
| | | |
| Data di nascita (se nota): | | |
| Indirizzo | completo | (se noto): |
| | | |
| Recapito | | telefonico: |
| | | |
| E-mail: | | |
| | | |
| | | |
| Indicare eventuali azioni finora intraprese | | |
| | | |
| Attuale sicurezza del minorenne (includere informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, ecc.) | | |
| | | |
| È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| Se "sì", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti): | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Chi altro è a conoscenza del caso? | | |
| | | |
| Luogo e data: | | |
| Firma del segnalante: | | |

| | | | |
|---|---|-------|-------------------------------------|
| Sezione da compilarsi a cura del Responsabile Safeguarding che ha preso in carico la segnalazione | | | |
| Data | e | ora | della ricezione della segnalazione: |
| | | | |
| A | | | mezzo: |
| | | | |
| | | | |
| E' un caso che richiede di contattare il Safeguarding Office della FSN/EPS cui la ASD è affiliata? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli) | | | |
| | | | |
| Sono state coinvolte autorità giudiziarie? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Perché: | | | |
| | | | |
| E' stato richiesto un intervento medico? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se, sì, Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato: | | | |
| | | | |
| Luogo | e | data: | Firma del Responsabile |
| | | | |